

Patient (mineur)	Responsable légal / Assuré
Nom : .....	Parent <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre .....
Prénom : .....	Nom assuré : .....
Né(e) le : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Date de naissance de l'assuré : .....
.....	Adresse (si différente) : .....
CP et Ville : .....	.....
Tél domicile : .....	N° sécurité sociale :
Tel professionnel : .....	<input type="checkbox"/>
N° portable : .....	CPAM de : .....
Classe : .....Etablissement scolaire : .....	Mutuelle : .....
.....	Email :
Dentiste traitant : .....	

Questionnaire médical (strictement confidentiel)

Nom du médecin traitant : .....	- Le patient est-il allergique (métaux, médicaments, etc)? .....
Le patient présente-t-il ou a t-il présenté un(e) ou des (si oui cochez et précisez)	- Le patient est-il sujet aux problèmes O.R.L./Apnées du sommeil ? .....
- Pathologie chronique ou affection de longue durée <input type="checkbox"/>	- Le patient a-t-il été opéré des amygdales <input type="checkbox"/> végétations <input type="checkbox"/> paracentèse <input type="checkbox"/>
.....	- Le patient a-t-il subi
- Maladie héréditaire <input type="checkbox"/>	- un traumatisme facial .....
- Troubles de croissance <input type="checkbox"/>	- un traumatisme dentaire .....
Poids..... Taille.....	- Le patient a-t-il déjà eu un traitement d'orthodontie : OUI NON
Date des premières règles.....	- Le patient prend-il actuellement des Médicaments. Lesquels et depuis combien de temps ? .....
- Troubles posturaux <input type="checkbox"/>	- Avez-vous d'autres problèmes à nous signaler ? .....
- Troubles ostéo-articulaires <input type="checkbox"/>	Date :
- Troubles neurologiques <input type="checkbox"/>	Signature :
- Epilepsie <input type="checkbox"/>	<i>Nous attirons votre attention sur l'importance de nous informer de tout nouveau problème médical survenant au cours du traitement</i>
- Pathologie cardiaque <input type="checkbox"/>	
- Pathologie rénale <input type="checkbox"/>	
- Troubles de la coagulation <input type="checkbox"/>	
- Troubles hormonaux <input type="checkbox"/>	
- Troubles alimentaires <input type="checkbox"/>	
- Diabète <input type="checkbox"/>	
- Pathologie pulmonaire <input type="checkbox"/>	
- Asthme <input type="checkbox"/>	

Vos données personnelles sont stockées dans notre logiciel orthokis.  
Si vous souhaitez une copie de votre dossier, nous aurons besoin d'une demande écrite de votre part.  
Si vous souhaitez modifier, retirer votre dossier, nous aurons besoin d'une demande écrite de votre part.  
Vos données personnelles ne seront pas utilisées à des fins commerciales.